

INSTRUCCIONES PARA LA Solicitud de Rlte Care / Rlte Share

INSTRUCCIONES

- **Por favor, conteste todas las preguntas en la solicitud.** El Departamento de Servicios Humanos (DHS) determinará si usted califica para Rlte Care o Rlte Share, y le notificará en cuál programa estará inscrito.
- **Sírvase leer la Declaración del Solicitante y sus Derechos y Responsabilidades.** Firme la solicitud en las páginas 9 y 10.
- Por favor, envíe copias de lo siguiente junto con su solicitud:
 - Comprobante de ingresos.** Todos los solicitantes deben enviarnos junto con la solicitud los comprobantes (colillas, talones) de pago correspondientes a las 4 semanas más recientes o una carta del empleador indicando el monto de los ingresos que el solicitante devengó por mes. (Su salario antes de impuestos.) La carta debe estar escrita en papel con membrete del empleador e incluir la dirección y número telefónico de la compañía, y el nombre y cargo de la persona que proporciona dicha información salarial. Vea más detalles en la página 3.
 - Comprobante de embarazo** (si usted está embarazada). Por ejemplo, una carta u otro documento de parte de su médico o proveedor de cuidados médicos.
 - Comprobante de estatus de inmigrante** (si usted no es ciudadano estadounidense). Vea más detalles en la página 2.

Le rogamos que únicamente adjunte copias de documentos a la solicitud.

Envíe por correo su solicitud con la información completa a la oficina del DHS de su localidad. Vea la página 7.

- Le notificaremos en caso de requerir más información para procesar su solicitud. Dentro de los 30 días siguientes a la fecha de recepción de su solicitud, usted recibirá una notificación para informarle si dicha solicitud ha sido aprobada o denegada. Si su familia precisa servicios médicos antes de esa fecha, por favor comuníquese con la Línea Telefónica de Información del DHS.

LÍNEA TELEFÓNICA DE INFORMACIÓN DEL DHS

Para preguntas sobre Rlte Care o Rlte Share, u otros programas del DHS [Cuidado Infantil, Programa Food Stamp(cupones para alimentos), Programa de Independencia Familiar y Programa de Intervención Temprana], sírvase llamar a la:

Línea Telefónica de Información del Departamento de Servicios Humanos (DHS)

401- 462-5300
401-462-3363 (TDD)

De lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 3:30 p.m.

PREGUNTAS EN LA SOLICITUD

A continuación, se proporciona información para ayudar a responder algunas de las preguntas en la solicitud. Para más detalles, llame por favor a la Línea Telefónica de Información del DHS.

Pregunta 3: Los Miembros de la Casa

Padres, niños y mujeres embarazadas pueden solicitar RItE Care (o RItE Share). No es necesario proporcionar el número de seguro social ni información sobre la ciudadanía de alguien especificado como miembro de su casa que no esté solicitando RItE Care.

Pregunta 4: Solicitantes que no Son Ciudadanos Estadounidenses

Si usted está solicitando RItE Care y no es ciudadano estadounidense, necesitaremos información sobre su estatus de inmigrante.

- Si usted (o un miembro de su familia) recibe RItE Care, esto no afectará sus documentos de inmigración ni tampoco su derecho de convertirse en ciudadano estadounidense o en residente legal permanente.
- No necesitamos información sobre el estatus de inmigrante de miembros de su casa que no estén solicitando RItE Care, como por ejemplo, cuando un padre solicita RItE Care solamente para sus hijos.
- Si usted tiene documentos de inmigración (esto incluye la tarjeta verde o “green card”, tarjeta de permiso para trabajar, constancia de llegada / salida (I-94), documentos judiciales o un pasaporte), sírvase fotocopiar ambas caras de estos documentos y adjuntar las fotocopias a su solicitud.

Los padres o parientes encargados del cuidado que estén legalmente en los Estados Unidos de América y tengan estatus de inmigrante N^o 9, deben enviarnos un comprobante de su estatus de inmigrante y comprobante de que vivió en Rhode Island por algún tiempo antes del primero de julio de 1997. Este comprobante puede ser una copia de un recibo de pago de alquiler / arrendamiento / hipoteca; recibo de teléfono o de otro servicio público; recibo o comprobante de pago de impuestos; póliza o comprobante de seguro; documento emitido por un tribunal o una entidad estatal, o relacionado con servicios médicos / dentales; constancia laboral; constancia de estudios; licencia estatal o identificación que muestre la fecha de emisión; otro documento legal, como un testamento o una licencia de matrimonio.

Pregunta 7: Información sobre Padre Ausente

Al firmar y someter esto, automáticamente le otorga al DHS y a la Oficina para el Cumplimiento de Manutención de Menores (CSE, por sus siglas en inglés) el derecho de buscar el apoyo del padre ausente para gastos médicos del niño. Esta pregunta brinda la información para verificar si el padre o madre ausente puede proporcionar seguro médico a su(s) niño(s). Si usted cree que usted o su niño podría sufrir daños físicos o emocionales si la CSE se contacta con el padre ausente, puede solicitar que no lo hagamos. Por favor, escriba “buen motivo” en la parte inferior de la página 6, si usted desea que revisemos su situación.

El DHS determinará si usted tiene un “buen motivo”. Será necesario comunicarnos con usted para obtener información que lo compruebe. También podemos ayudar a obtener alguna de esta información para llegar a una determinación. Procesaremos la elegibilidad de su niño para Rlte Care aunque usted no proporcione información sobre el padre ausente. Sin embargo, no podemos procesar la elegibilidad del padre solicitante sin recibir información sobre el padre ausente, a menos que el padre solicitante demuestre que tiene un “buen motivo” para no proporcionar dicha información.

Pregunta 8: Ingresos

Cada solicitante debe enviarnos copias de comprobantes de ingresos junto con el formulario de solicitud. Comprobante de ingresos:

- Los comprobantes (colillas, talones) de pago correspondientes a las cuatro (4) semanas más recientes
 -
- Una carta del empleador indicando el monto de los ingresos que el solicitante devengó por mes. (Su salario antes de impuestos.) Esta carta debe estar escrita en papel con membrete del empleador e incluir la dirección y número telefónico de la compañía, y el nombre y cargo de la persona que proporciona dicha información salarial.

Pregunta 10: Ingresos de autoempleo

Si usted es auto empleado, por favor envíenos una copia de:

- Su declaración de impuestos federales (1040) más reciente, si ésta refleja sus ingresos actuales. Si usted no la tiene, envíenos copias de documentos que muestren las ganancias y gastos de su negocio. Lo llamaremos por teléfono si tenemos preguntas acerca de la información que usted nos envíe.

Si usted recibe ingresos por alquiler, por favor envíenos copias de lo siguiente:

- Recibo de alquiler del inquilino, correspondiente al mes más reciente
- Comprobantes de pago de hipoteca, impuestos y seguro
- Recibo del agua
- Recibo del servicio de alcantarillado
- Servicios públicos (si son proporcionados por el propietario)
- Número de unidades de vivienda para alquiler

Si usted recibe ingresos por cuidado infantil, por favor envíenos:

- Copias de recibos o cartas de los padres de los niños que usted cuida. Los recibos o cartas deben indicar el monto recibido, si es un pago semanal o mensual, y el número de niños que usted cuida.

Pregunta 11: Otros Ingresos

Para ingresos no provenientes de un trabajo o negocio propio, tales como Seguro por Desempleo, Compensación Laboral, Seguro por Incapacidad Temporal, etc., sírvase enviar una copia de la carta de asignación de beneficios.

Para ingresos por manutención de menores o pensión alimentaria, envíe por favor una copia del cheque cobrado (cancelado) más reciente u orden judicial, u otro documento que muestre el monto recibido. Sírvase indicar la frecuencia con que usted recibe estos pagos.

Pregunta 12: Cuidado de Niños o de Adultos

Esta pregunta se hace porque parte del costo de cuidado de niños o adultos se sustrae de los ingresos mensuales brutos y esto puede ayudarle a usted a calificar para RItE Care. Si usted recibe un subsidio del DHS para cuidado infantil, indique el monto que usted paga e indique también el monto que paga el DHS (si usted sabe cuánto es).

PLANES DE SEGURO MÉDICO DE RITE CARE

Existen tres (3) planes de seguro médico participantes en el programa de RItE Care. Para solicitar más información o averiguar si su médico participa en el plan de salud en el que usted desea inscribirse, llame por favor al número telefónico de servicios para miembros indicado a continuación:

UnitedHealthcare of New England	1-800-587-5187	TDD: 587-5188
Neighborhood Health Plan of RI	1-800-963-1001	TDD: 459-6105
Blue Cross Blue Shield of RI	1-800-564-0888	TDD: 459-5505

Sírvase escoger un plan de seguro médico en la página 10 del formulario de solicitud. Sin embargo, usted no será aceptado para ninguno de estos planes si el DHS posteriormente le notifica que será inscrito en RItE Share, en cuyo caso se le darán instrucciones para inscribirse en el plan de seguro médico ofrecido por su empleador.

¿NECESITA TRANSPORTE?

Si se determina que usted es elegible para Asistencia Médica (Medical Assistance / RItE Care o RItE Share) y usted ve la necesidad de transportarse en autobús para acudir a sus citas médicas, entonces también será elegible para recibir pases mensuales de autobús de RIPTA. Estos pases son totalmente gratuitos si usted es miembro de RItE Care o RItE Share.

¿Cómo puedo obtener estos pases de autobús?

- Diríjase al mostrador de atención al cliente en cualquier local de Stop & Shop o Shaw's en Rhode Island. Usted deberá llevar consigo su tarjeta blanca de Medical Assistance.
- Los pases de autobús están disponibles a partir del 25^o día de cada mes para ser utilizados durante el mes siguiente.
- Todos los miembros de RItE Care o RItE Share pueden obtener pases de autobús. Los niños menores de 5 años viajan en los autobuses gratuitamente.

¿NECESITA A UN INTÉRPRETE?

El Departamento de Servicios Humanos (DHS) hará los arreglos necesarios para que un intérprete o un empleado bilingüe le ayude a usted a leer avisos, cartas u otra información escrita en inglés del DHS. Este servicio también está disponible para citas en oficinas del DHS. No es necesario que traiga consigo a su propio intérprete, a menos que usted lo prefiera así.

El DHS también ofrece la ayuda de operadores de la Línea Telefónica AT&T de Atención en Otros Idiomas (AT&T's Language Line). Háganos saber qué idioma habla usted para conectarlo con un operador que hable su mismo idioma.

PAGO DE PRIMAS DE SEGURO MÉDICO

Dependiendo de los ingresos, algunas familias inscritas en Rlte Care o Rlte Share deben pagar una parte del costo de la cobertura del seguro médico. Este pago se conoce como "prima". Los miembros reciben un cobro todos los meses, ya sea el 15 de cada mes o alrededor de esa fecha. El pago de la prima debe llegarnos antes del primer día de cada mes. Para averiguar cuánto es lo que la familia debe pagar mensualmente, vea las "Directrices sobre Ingresos" para Rlte Care y Rlte Share en la página 6.

Para que su familia continúe gozando de cobertura de seguro médico, debe enviarnos el pago antes del primer día de cada mes.

¿Qué sucede si no puedo pagar la prima a tiempo?

Las familias que no paguen la prima por 2 meses consecutivos dejarán de estar inscritas y perderán su cobertura de seguro médico por un período de 4 meses. Por ejemplo, si una familia no paga por completo las primas de enero y febrero, dejará de estar inscrita en el programa de Medical Assistance. Esto no se aplica en los casos de mujeres embarazadas y bebés de hasta 1 año de edad. Después de transcurrido el período de 4 meses, la familia puede solicitar ser inscrita nuevamente.

¿Las familias también tienen que hacer copagos por visitas al médico y compras en farmacias?

No. Solamente tienen que pagar las primas mensuales.

Si tengo cobertura médica de Rlte Care solamente para mis niños y debo pagar primas, ¿también puedo obtener la cobertura de Rlte Care (o Rlte Share) para mí?

No. El pago de las primas no califica a miembros de su familia que no sean elegibles para Medical Assistance (Rlte Care o Rlte Share).

¿Cómo pago las primas?

Envíe por correo su cheque o un giro postal (money order), junto con la parte inferior del documento de cobro, a esta dirección:

Rlte Care/Rlte Share
Premium Collection
P.O. Box 9027
Providence, RI 02940-9027

(Esta dirección está escrita en cada documento de cobro)

Le rogamos no enviar su pago a la oficina del Departamento de Servicios Humanos de su localidad. Los pagos de las primas son procesados por una compañía aparte y, por lo tanto, deben ser enviados ahí.

¿Puedo efectuar estos pagos en persona?

No. El Departamento de Servicios Humanos no tiene capacidad para aceptar ni procesar estos pagos. Por favor, envíe sus pagos por correo.

Para preguntas sobre el cobro o pago de estas primas, sírvase llamar a la Línea Telefónica de Información del DHS, al 462-5300 (inglés o español).

DESPUÉS DE SER INSCRITO

Renueve su Cobertura cada Año

Todas las familias necesitan renovar anualmente (o con más frecuencia en el caso de algunas familias) su cobertura de Medical Assistance para continuar recibiendo servicios y beneficios de atención médica. Esto se aplica tanto a miembros de Rlte Care como a miembros de Rlte Share. Usted recibirá por correo la información necesaria para la renovación. Por favor, complete el formulario y envíenoslo tan pronto como lo reciba. Usted perderá la cobertura si no nos envía dicho formulario con la información solicitada.

Notifique Cambios al DHS

Si usted se muda de casa, si cambia su número telefónico, si sus ingresos varían o hay un cambio en el número de miembros de su casa, por favor avísenos llamando a la oficina del DHS de su localidad dentro de los 10 días siguientes al cambio.

DIRECTRICES SOBRE INGRESOS (2005)

Si los ingresos mensuales brutos (el salario antes de impuestos) de las familias se encuentran dentro de las siguientes cifras, entonces las familias, niños y/o mujeres embarazadas pueden ser elegibles para Rlte Care o Rlte Share. El monto que las familias deben pagar por la cobertura de Rlte Care o Rlte Share (“prima mensual”) se indica a continuación:

Ingresos Mensuales de la Familia

Tamaño de la Familia (PRIVADO)	Cobertura Familiar		Cobertura Únicamente para Niños y Mujeres Embarazadas	
	Menos del 150% del FPL*	150%-185% del FPL*	185%-200% del FPL*	200%-250% del FPL*
2	Menos de \$1603.75	\$1603.76-\$1977.96	\$1977.97-\$2138.33	\$2138.34-\$2672.92
3	Menos de \$2011.25	\$2011.26-\$2480.54	\$2480.55-\$2681.67	\$2681.68-\$3352.08
4	Menos de \$2418.75	\$2418.76-\$2983.13	\$2983.14-\$3225.00	\$3225.01-\$4031.25
5	Menos de \$2826.25	\$2826.26-\$3485.71	\$3485.72-\$3768.33	\$3768.34-\$4710.42
	Prima Mensual: \$0	Prima Mensual: \$61	Prima Mensual: \$77	Prima Mensual: \$92

Una mujer embarazada cuenta por dos (2) personas.

* FPL= Nivel Federal de Pobreza (2005)

En el caso de familias más numerosas, llame a la Línea Telefónica de Información del DHS al 462-5300 (inglés o español). Las mujeres embarazadas pueden ser elegibles aunque sus ingresos superen los montos indicados anteriormente. Para más detalles, sírvase llamar a la Línea Telefónica de Información.

ENVIANDO LA SOLICITUD POR CORREO

Envíe por correo su solicitud con la información completa a la oficina del DHS de su localidad.

SI USTED VIVE EN...

Cranston
West Warwick
Coventry

Central Falls
Pawtucket
East Providence
Bristol
Warren
Barrington

Foster
Scituate
Johnson
N. Providence

Jamestown
Middletown
Newport
Portsmouth
Little Compton
Tiverton

ENVÍE SU SOLICITUD POR CORREO A...

Cranston DHS
Forand Building
600 New London Avenue
Cranston, RI 02920
Tel. 462-6500

Pawtucket DHS
24 Commerce Street
Pawtucket, RI 02860
Tel. 729-5400

Johnston DHS
1514 Atwood Avenue
Johnston, RI 02919
Tel. 222-5666

DHS Family Center
110 Enterprise Drive
Middletown, RI 02842
Tel. 849-6000

SI USTED VIVE EN...

West Greenwich
East Greenwich
N. Kingstown
Narragansett
S. Kingstown
Exeter
Charlestown
Hopkinton
Richmond
Westerly
New Shoreham

ENVÍE SU SOLICITUD POR CORREO A...

North Kingstown DHS
7734 Post Road
N. Kingstown, RI 02852
Tel. 267-1030

Providence

Providence DHS
206 Elmwood Avenue
Providence, RI 02907
Tel. 222-7000

Warwick

Warwick DHS
195 Buttonwoods Avenue
Warwick, RI 02886
Tel. 736-6511

Burrillville
Glocester
N. Smithfield
Woonsocket
Smithfield
Cumberland
Lincoln

Woonsocket DHS
450 Clinton Street
Woonsocket, RI 02895
Tel. 235-6300